

LES VOMISSEMENTS GRAVES DE LA GROSSESSE

(A PROPOS DE 58 OBSERVATIONS)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 8 MAI 1973

PAR

Claude CATELOY

Président du Jury : M. le Professeur VITSE
Juges : M. le Professeur MIZON
: M. le Professeur PIUSSAN
: M. le Professeur BOULANGER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES VOMISSEMENTS GRAVES DE LA GROSSESSE

(A PROPOS DE 58 OBSERVATIONS)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 8 MAI 1973

PAR

Claude CATELOY

Président du Jury : M. le Professeur VITSE
Juges : M. le Professeur MIZON
: M. le Professeur PIUSSAN
: M. le Professeur BOULANGER

LES COMMISSARIATS DE LA GROSSE

LA PROTECTION DE LA GROSSE

LE 1973

POUR LE DOCTEUR EN MEDICINE
(Diplôme de 1973)

PRESENTER ET SOUMETTRE PUBLIQUEMENT

LE 8 MAI 1973

1973

CHANCELLER



Professeur de la Faculté de Médecine
M. le Docteur en Médecine
M. le Docteur en Médecine
M. le Docteur en Médecine

A MES PARENTS

En remerciement de leurs efforts qui m'ont permis de
faire de longues études.

A MA FEMME

Son soutien et son amour m'ont aidé à les mener jusqu'à
leur terme.

A MES FILS

En gage de ma profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. VITSE,
Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique
Chef de Service.

Que nous remercions du grand honneur qu'il nous
fait en acceptant de présider cette thèse.

Nous le prions de trouver, ici , le témoignage de
notre profond respect.

A Monsieur le Professeur J. P. MIZON

Professeur à Titre personnel

Professeur de Thérapeutique

Médecin des Hôpitaux

Chef de Service.

Que nous remercions de l'honneur qu'il nous
fait en acceptant de participer au Jury de cette thèse.

Nous le prions de trouver ici l'expression de
notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé Ch. PIUSSAN

Maître de Conférence Agrégé de Pédiatrie
Médecin des Hôpitaux.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de
participer au Jury de cette thèse.

Nous le prions de trouver ici l'expression
de nos sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. C. BOULANGER

Maître de Conférence agrégé en Gynécologie et
obstétrique,
Accoucheur des Hôpitaux.

Qui a bien voulu nous guider de ses précieux
conseils et qui nous a beaucoup aidé dans la réalisation
de ce travail.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre
profonde gratitude.

P L A N

I	- DEFINITION	2
II	- HISTORIQUE	4
III	- FREQUENCE	6
IV	- PHYSIOPATHOLOGIE	10
V	- CLINIQUE	16
	1/ Etude clinique	17
	2/ Biologie des vomissements graves	20
	3/ Diagnostic	29
	4/ formes cliniques	32
VI	- ETIO-PATHOGENIE	37
VII	- TRAITEMENT	46
VIII	- PRONOSTIC	61
IX	- CONCLUSION	64
X	- BIBLIOGRAPHIE	I

I. DEFINITION

Il s'agit d'une maladie caractérisée, au point de vue clinique par des vomissements résistant au traitement anti-émétisant banal. Au point de vue évolutif par un retentissement sur l'état général de la gestante. Au point de vue étiologique par l'absence de cause organique décelable autre que l'existence de la grossesse.

Autrefois appelés Vomissements incoercibles, ils ne le sont plus actuellement. Appelés vomissements de la Maladie gravidique Précoce, la confusion avec la Maladie Gravidique Tardive est facile - L'adjectif précoce a le mérite de limiter le cadre de la maladie dans le premier trimestre de la gestation. Ce que ne fait pas le titre de "Vomissements Graves de la Grossesse.

Le terme de "Hyperemesis Gravidarum" des Anglo-saxons évoque bien le caractère pathologique des vomissements graves par rapport aux vomissements simples et banals qui peuvent être considérés comme un signe de grossesse débutante.

Une autre caractéristique de cette maladie, c'est l'absence de substratum organique décelable qui délimite le cadre nosologique. En effet, à part la présence de l'oeuf, nous n'avons encore rien découvert de certain dans l'étiologie.

Le troisième point, qui nous semble essentiel, c'est l'évolutivité des vomissements. Lorsqu'ils ont résisté au traitement médical toujours simple en début de grossesse, à cause des risques tératogènes possibles quelle que soit la médication utilisée, ils vont entraîner une gêne à l'alimentation et un retentissement sur l'état général de la gestante. Et cela, il faut le souligner, sans jamais atteindre dans son développement ni retentir sur l'oeuf, principal artisan de la maladie.

II. HISTORIQUE

Les vomissements graves du début de la grossesse, sont connus depuis fort longtemps. Un papyrus de l'an 2000 avant Jésus-Christ mentionne leur existence. Hippocrate les appelle "Maux de Coeur" du début de la grossesse.

La première description précise est due à Soranus d'Ephèse au début du IIème siècle : ils débutent au quatorzième jour et durent environ quatre mois. Déjà il préconise le jeûne.

GUILLENEAU et MAURICEAU les mentionnent dans leurs ouvrages au XVIIème siècle. En 1789 VAUGHAN préconise l'administration de solutions nutritives par voie rectale dans leur traitement. SIMMONS en 1813 pratique le premier avortement thérapeutique pour vomissements incoercibles.

Paul DUBOIS, en 1852, donne sa description désormais classique, en trois périodes : la première d'amaigrissement, puis la période fébrile en fait période de tachycardie, enfin celle des troubles neurologiques. Depuis le schéma évolutif a été modifié.

LANTUEJOUL à partir de son observation sur un "poilu" de la guerre de 1914, extrapole sa méthode psychothérapeutique à des cas de vomissements incoercibles de la grossesse. Ce soldat présentait des vomissements chaque fois qu'il devait monter au front Lantuéjoule le guérit par psychothérapie.

Depuis 1935, environ, la maladie a cessé d'être dramatique. Toutefois encore récemment des auteurs relèvent des cas ayant évolué vers la mort (en 1969 J. THOYER-ROZAT cite un cas, avec l'association d'un syndrome de GAYET-WERNICKE)

III. FREQUENCY

La caractère pathologique des vomissements de la grossesse ne fait aucun doute. Nombre de femmes ne se sentent jamais si bien que pendant leur grossesse. Les autres ne vomiraient pas si elles n'étaient pas enceintes.

Dans ce groupe de gestantes qui vomissent, il y a celles qui présentent des vomissements simples, non compliqués, et c'est le plus grand nombre. On estime que trente cinq à cinquante pour cent des femmes vomissent au début de leur grossesse. Ils sont fréquents, ^{si} qu'ils sont rangés, bien souvent, parmi les symptômes de la grossesse ; avec le retard de règles, les vomissements sont des signes de la grossesse pour de nombreuses femmes.

A côté de ces vomissements simples, on distingue les vomissements graves. Ils font suite à une période de vomissements simples ou apparaissent d'emblée. La division en deux catégories, si elle est vraie cliniquement, ne doit pas faire oublier que tous les intermédiaires sont possibles et qu'il n'y a entre les deux qu'une différence de gravité. La fréquence des vomissements graves est variable selon les publications, mais tous les auteurs s'accordent sur le fait qu'ils sont devenus rares. MERGER les estime à trois pour mille des femmes enceintes. Beaucoup d'auteurs ^{pour} à un mille. Dans une étude sur les facteurs psychologiques de l'"Hyperemesis Gravidarum", faite par P. W. MAJERUS et collaborateurs à la "St-Louis Maternity Hospital", on relève un chiffre de 58 vomisseuses sur 9596 patientes de 1954 à 1955, soit 6 ^{pour} mille, et 23 sur 8873 de 1956 à 1957, soit 2,5 pour mille.

Comme on le voit les chiffres sont très variables. DIECKMANN pense que cette variabilité a une relation avec la civilisation plus qu'avec les facteurs raciaux ; c'est également la conclusion de P. W. Majerus qui ne trouve pas une différence entre les pourcentages de femmes blanches et de

femmes noires qui vomissent par rapport aux pourcentages d'admissions de ces deux catégories de femmes. En effet les populations primitives ne connaissent pas cette maladie. Il faut qu'un certain degré de civilisation soit atteint.

Selon certains auteurs la maladie est plus fréquente chez la primigeste que chez la multigeste. P. W. Majerus dans son étude pense que les différences entre ses pourcentages ne sont pas significatives, 31 pour cent de vomisseuses étaient des primigestes, contre 20 pour cent de primigestes hospitalisées. Dans notre groupe de femmes qui vomissaient on trouve 27 primigestes pour 31 multigestes, soit sensiblement 50 %, ce qui n'est pas négligeable compte tenu que dans un service de gynécologie et d'obstétrique le nombre de multigestes est toujours nettement supérieur à celui des primigestes.

Le passé gynécologique ou obstétrical semble jouer un rôle dans l'apparition de vomissements graves. Vingt de nos vomisseuses avaient déjà été hospitalisées, soit pour un abortum (3 cas) soit pour accouchement prématuré (5 cas), ou pour l'une d'entre elles à la suite de cinq mort-nés par incompatibilité dans le facteur Rh quatre pour des complications urinaires pendant la grossesse précédente. Sept d'entre elles avaient présenté des vomissements graves au début de leurs autres grossesses.

Nous avons relevé 19 cas de dysménorrhée habituelle sur 58 vomisseuses. P. W. Majerus, ne note pas de différence de pourcentage d'avec les autres gestantes dans son groupe de référence pour ce qui est de la dysménorrhée.

Un point est certain, et presque tous les auteurs sont d'accord, les femmes qui vomissent ont des problèmes psychologiques ou socio-économiques, patents ou latents, qui favorisent l'apparition des vomissements et que nous reverront dans les théories étio-pathogéniques.

Par ailleurs les études sur les vomissements gravidiques font état d'une fréquence non négligeable de grossesses molaires ou de grossesses gémellaires chez les femmes qui vomissent au début de leur grossesse. Pour notre part nous n'en n'avons retrouvé aucun cas, mais ce symptôme fait partie des signes cliniques les plus fréquents dans ces deux affections.

Le nombre de gestantes célibataires nous semble important, 11 sur 58, par rapport au nombre de femmes enceintes célibataires, sans que cela soit très significatif, si ce n'est que cette situation pose bien souvent des problèmes psychologiques ou sociaux.

obs.	âge	mariée	N : geste	âge de la gross. en sem.	dysmenor- rhée	antécédents gynécologiques et obstétricaux	Psychique
1	-	oui	3	8		hématurie G. précédente	
2	46	oui	6	7		hémorragie du post-partum	
3	2	non	1	6	oui		
4	20	oui	2	8			
5	22	oui	1	8	oui		refus de la G
6	21	oui	4	12	oui		
7	33	oui	11	6		5 morts-nés par incomp.rh.	autolyse du mari
8	26	oui	2	6	oui	V.G. à la Gros. précédente	
9	20	non	1	6			
10	26	oui	4	7		2 prématurés, 1 enf. décédé	
11	19	oui	3	6	oui	forceps au 1er accouchement	
12	23	oui	1	10	oui		débile mentale
13	22	oui	2	9			
14	28	oui	1	8			transplantée
15	32	oui	3	8	oui		
16	20	non	1	6			
17	32	oui	2	10			
18	24	oui	4	4		1 prématuré I F.C.	névrose ancie.
19	23	oui	3	6		V.G. à chaque grossesse	
20	17	oui	1	3			transplantée
21	20	non	3	16			
22	24	oui	1	10	oui		
23	30	oui	5	6	oui	V.G. à chaque grossesse	divorcée
24	30	oui	1	11			
25	21	oui	2	5			caractérielle
26	35	oui	4	6		F.C. pyélite	transplantée
27	28	oui	5	8			
28	17	non	1	7			
29	30	oui	5	6			transplantée
30	35	oui	4	5		phlébite du post-partum	dépression

(suite)

31	17	non	1	13	oui	2° hospitalisation pour V. G.	
32	26	oui	1	4			transplantée
33	21	non	1	12			
34	29	oui	7	5		2 enfants décédés ?	transplantée
35	34	oui	1	14			
36	22	non	1	8		2° hospitalisation	
37	30	oui	1	?			
38	22	oui	2	8		V. G. grossesse précédente	
39	21	non	1	9	oui		
40	24	oui	1	7			dysneurotoni.
41	36	oui	1			antécédents de stérilité	
42	19	non	6		oui	endométriose	
43	36	oui	2	8			transplantée
44	18	oui	1	10	oui		
45	28	oui	2	11	oui	V. G. grossesse précédente	
46	21	oui	1	12		2° hospitali. pour V. G.	
47	22	oui	1	6	oui		
48	16	oui	1	15			transplantée
49	19	oui	1	14		2° hospitalisation	tentative d'au- tolyse
50	23	oui	2	5		V. G. grossesse précédente	transplantée
51	23	oui	1	7			transplantée
52	21	oui	1	4	oui		
53	25	oui	1	8			
54	21	oui	1	1?	oui		
55	27	oui	3	6			transplantée
56	17	non	1	4			
57	25	oui	4	6		pyélite G. précédente	
58	33	oui	2	4	oui	V. G. grossesse précédente	transplantée

IV. PHYSIOPATHOLOGIE

Quelle que soit l'origine, la maladie responsable, les vomissements ont toujours les mêmes conséquences.

Au point de vue clinique, l'amaigrissement, la dénutrition, puis apparition de complications graves.

Au point de vue biologique des désordres hydro-électrolytiques, et de la cétonurie.

I. La physiopathologie de l'amaigrissement est simple. L'amaigrissement résulte du défaut des apports nécessaires à l'organisme. Celui-ci puise alors dans ses réserves. Nous assistons à une fonte du pannicule adipeux par utilisation des graisses de réserves.

Ensuite, c'est l'amyotrophie par cytolysé des tissus musculaires. L'organisme compense le défaut d'apport protéique par utilisation de ses propres protéines.

Ce n'est qu'à un stade avancé de l'amaigrissement et de la dénutrition qu'apparaissent les grandes complications. Complications neurologiques, dont l'origine tient à une avitaminose B, véritable Béri-Béri par dénutrition, par défaut d'apports alimentaires de cette vitamine essentielle. Par ailleurs le métabolisme des glucides est consommateur de thiamine. Son accélération pour permettre le catabolisme lipidique entraîne une augmentation accrue du déficit en thiamine. Ce sont THOYER-ROZAT et Col-

laborateurs qui ont insisté en 1969 sur le fait que l'administration de sérum glucosé, dans la réanimation, accélérât le déficit en thiamine (42).

On comprend que certaines femmes qui vomissaient, qui n'étaient pas des éthyliques aient pu présenter un syndrome de GAYET-WERNICKE. Les lésions se situent, alors, dans les parois de la partie antérieure du troisième ventricule (18 et 42). De nos jours ce syndrome de GAYET-WERNICKE ne fait plus partie des complications neurologiques fréquemment rencontrées dans les vomissements graves de la grossesse.

II. Au point de vue biologique les vomissements se traduisent par la cétonurie et des désordres hydro-électrolytiques.

a) La cétonurie est la conséquence de l'augmentation des corps cétoniques dans le sang circulant. L'apparition de ces corps cétoniques est due à la déviation du métabolisme des lipides.

Les réserves en glucides sont vite épuisées parce que peu importantes. La néoglycogénèse ne suffit pas à apporter la quantité de sucres nécessaire au catabolisme lipidique. Il faut en effet, une quantité cinq fois plus importante d'hydrates de carbone pour brûler une certaine quantité de lipides. Le métabolisme ne peut plus se faire selon le cycle de KREBS. La dégradation lipidique s'arrête au stade des corps cétoniques : acide hydroxy-butyrique, acide diacétique, acétone ; d'où leur

accumulation dans le sang circulant.

Leur élimination se fait dans les urines apparition de la cétonurie. Elle se fait également par les poumons, d'où l'odeur acétonémique de l'haleine fréquemment rencontrée.

b) L'accumulation plasmatique des acides organiques ou cétoniques retentit sur l'équilibre acido-basique. On constate une baisse de la réserve alcaline : les bases fixes de l'organisme devant neutraliser ces acides faibles que sont les corps cétoniques.

Par la même, on assiste à une acidose métabolique compensatrice de la baisse de la réserve alcaline.

MALEVIALE, dans sa thèse en 1960 sur la biologie dans les vomissements graves de la grossesse (31), note une baisse modérée de la réserve alcaline, avec des chiffres extrêmes de 27 à 61 volumes pour cent.

c) En plus du défaut d'apports énergétiques et d'éléments essentiels comme les vitamines, les vomissements entraînent une déperdition liquidienne. Pertes accentuées souvent par une sialorrhée ou un ptyalisme associés aux vomissements.

Nous constatons alors l'apparition d'une deshydratation extracellulaire par réduction du secteur interstitiel et une diminution de la masse plasmatique circulante.

d) Les pertes de sodium et de chlore se font par les vomissements. VAN CAULAERT et RUDOLF, puis GLANS et BINET, ont créé une deshydratation expérimentale en soumettant des chiens à un régime sans sel et en provoquant des vomissements chez ces derniers.

Ces chiens, même si on les soumet à une réhydratation régulière, perdent par leurs vomissements des quantités importantes d'ions chlore et sodium.

GAMBLE et MAC IVER ont mesuré dans le contenu gastrique d'un lapin, après ligature du pylore ; la teneur en ions chlore et sodium. Ils trouvent un taux de 154 mEq/l pour le chlore et un taux de 109 mEq/l pour le sodium. Nous nous rendons compte des pertes dues aux vomissements si nous rapportons ces taux à la teneur du corps en chlore et sodium d'une femme de 60 kg. Les pertes peuvent atteindre 28 % de la teneur globale en ion chlore, et 15 % de celle en ion sodium.

La baisse des taux de chlore et de sodium dans le liquide circulant entraîne une baisse de l'excrétion rénale de ces ions. Ceci est objectivé par l'étude de la chlorurie et de la natriurie. Ces constantes baissent de façon significative, leur étude fait d'ailleurs partie du bilan et de la surveillance de toute deshydratation.

e) Pour le potassium il en va différemment, les reins continuent à éliminer une certaine quantité de cet ion par excrétion obligatoire. Si nous ajoutons le déficit d'apport la kaliémie baisse plus rapidement que natrémie et chlorémie.

Ceci se retrouve dans notre étude, où pour 29 dosages du potassium sanguin égaux ou inférieurs à la limite de la normale, nous ne retrouvons que 18 cas où natrémie et chlorémie sont inférieures à la normale.

f) Souvent les déficits ioniques sont masqués par une hémococoncentration. Elle correspond aux pertes de liquides par les vomissements, et est objectivée par une augmentation de l'hématocrite et de la protidémie.

Lors de la réhydratation thérapeutique il faudra se méfier d'un déficit ionique jusque là masqué par l'hémococoncentration, en particulier pour le potassium.

L'augmentation de la protidémie et de l'hématocrite constatée lors des vomissements graves de la grossesse est le reflet de l'hémococoncentration, résultat des pertes liquidiennes.

g) L'étude de l'azotémie montre une augmentation discrète, mais réelle, de ce paramètre biologique. RATHERY et RUDOLF ont les premiers, insisté sur cette élévation.

Elle résulte de l'exagération du catabolisme protidique, lui-même conséquence de l'utilisation des réserves protéiques.

V. CLINIQUE

1) ETUDE CLINIQUE

- a) Les Vomissements
- b) L'Interrogatoire
- c) L'examen clinique
- d) Les complications

2) BIOLOGIE des VOMISSEMENTS GRAVES

3) DIAGNOSTIC

4) FORMES CLINIQUES

ETUDE CLINIQUE

"Hyperemesis Gravidarum" des auteurs Anglo-saxons est caractérisée au point de vue clinique par un syndrome objectif : les vomissements ."

LES VOMISSEMENTS

Ces vomissements sont graves du fait de leurs caractères et de leur évolutivité. Nous verrons dans un premier temps leurs caractères et ce qui les différencie des vomissements simples.

Ils peuvent succéder à une phase de vomissements simples, plus ou moins longue, ou apparaître graves d'emblée.

Leur fréquence est estimée entre un et trois pour mille des femmes enceintes. Nous avons vu dans le chapitre précédent les éléments intervenant dans cette fréquence.

La gravité de ces vomissements tient à leur abondance. Le volume des vomissements est supérieur à la quantité d'aliments et de boissons ingérés. Ils sont totaux.

Ils apparaissent à n'importe quel moment : le matin au réveil, ils sont alors muqueux ; après les repas, ils sont alimentaires ; en dehors de toute alimentation, ils sont bilieux. Ils sont présents le jour comme la nuit.

Ils surviennent sans effort, apparaissent faciles.

Ils sont accompagnés de nausées assez fréquemment ; l'intolérance gastrique est devenue absolue, l'alimentation devient impossible. Les autres signes d'accompagnement sont la constipation, et l'oligurie. Une hypersialorrhée peut s'ajouter aux vomissements obligeant la femme à déglutir cette salive, élément favorisant les vomissements. De même le ptyalisme, fréquemment associé, favorise ces derniers. On sait qu'il peut être très abondant obligeant la femme à cracher, à s'essuyer la bouche, entraînant un désagrément social, et nécessitant parfois l'hospitalisation devant son abondance.

Les vomissements simples sont fondamentalement différents des vomissements graves, par leur évolution et par leurs caractères.

Leur fréquence est beaucoup plus élevée, 35 à 50 % des femmes vomissent au début de leur grossesse, pour certaines d'entre elles c'est un signe de grossesse débutante.

Ils sont moins abondants que les vomissements graves. La quantité des vomissements simples est toujours inférieurs à celle des aliments et boissons ingérés .

Ils apparaissent immédiatement après les repas. Leur répétition pourra être un facteur d'inconfort. Ils disparaissent la nuit.

Leur évolution est également différente, ils ne sont qu'une gêne pour nombre de femmes et ils ne retentissent jamais sur l'état général de la femme.

L'INTERROGATOIRE

Il nous a permis de préciser les caractères des vomissements graves et de les distinguer des vomissements simples.

Il recherchera des antécédents médicaux ou chirurgicaux pouvant expliquer des vomissements organiques associés à la grossesse ; Mais ce sont des causes organiques que nous verrons au diagnostic différentiel.

L'interrogatoire recherchera également des antécédents que nous retrouvons fréquemment dans la maladie gravidique précoce. Un grand nombre de vomisseuses ont présenté des vomissements acétonémiques dans l'enfance. Ou des antécédents de ptyalisme ou de vomissements gravidiques : dans notre étude 7 multigestes étaient des "récidivistes". La dysménorrhée est habituelle chez ces femmes 19 sur 58 de nos observations.

Sans avoir recours systématiquement au psychiatre, ce qui est encore mal accepté par certaines femmes, on pourra se faire une opinion sur les conditions psycho-affectives ou socio-économiques de ces femmes. Elles interviennent de façon non négligeable, la pathogénie nous éclairera sur ce point.

Conflits familiaux ou professionnels chez la gestante célibataire : 11 cas sur 58 de nos malades.

Problèmes conjugaux : mari souvent absent, routier, voyageur de commerce ; Nous citerons les difficultés financières ou de logement. Ces

éléments interviennent dans le fait qu'il s'agira, souvent d'une grossesse non désirée.

De même la grande multiparité, avec les traumatismes obstétricaux qui l'accompagnent souvent (6 grandes multipares sur 58)

A l'opposé en pressent la peur de ne pas mener la grossesse à terme.

La transplantée pose souvent des problèmes particuliers : problèmes d'adaptation et de compréhension par méconnaissance de la langue française. Il s'agit là d'un point important dans la réponse au traitement lors de la psychothérapie. Nous avons retrouvé 12 transplantées sur 58 observations.

ETUDE CLINIQUE

L'examen clinique à deux objectifs : le premier est d'apprécier le retentissement des vomissements sur l'état général et la recherche de leur complications. Le second est la recherche d'une cause organique éventuelle de vomissements associée à une grossesse.

Les caractères des vomissements graves sont tels, qu'ils vont retentir sur l'état général de la femme. Dans la majorité des cas de notre étude l'hospitalisation est intervenue au début ou juste avant que ce retentissement n'apparaisse. C'est à cette période que le médecin traitant nous a adressé sa malade.

Le délai va de deux à huit jours, en moyenne pendant lequel

l'amaigrissement s'est constitué. Allant de 2 à 3 kg il peut être plus considérable, atteignant et dépassant 10 kg. C'était le cas pour deux de nos malades.

Cet amaigrissement se traduit par une fonte du pannicule adipeux, puis des masses musculaires : quadriceps, régions fessières.

Autrefois il pouvait atteindre et dépasser le tiers du poids habituel.

L'amaigrissement est la conséquence, d'abord du défaut d'apport alimentaire par la quantité des vomissements et par l'intolérance gastrique qui est devenue absolue.

Il est également fonction de l'utilisation des réserves.

Nous le retrouvons à différents degrés chez trente trois de nos vomisseuses, objectivé par la pesée comparative au poids habituel ou à celui du premier examen prénatal.

Le second élément que nous recherchons par l'examen clinique, est la deshydratation. Elle suit très rapidement l'amaigrissement avec ses signes classiques : persistance du pli cutané hypotonie des globes oculaires, lèvres sèches, craquelées.

Il s'agit d'une deshydratation extra-cellulaire d'abord. Les signes de deshydratation intra-cellulaire apparaissent plus tardivement soit intense, langue rôtie, troubles psychiques. Le teint est pâle, le ventre se creuse avec saillie de l'utérus, conséquence de l'amaigrissement. Nous avons retrouvé tous ces signes dans deux cas, l'amaigrissement atteignant alors une dizaine de kilo., la deshydratation était extra et intra-cellulaire.

Associée à ce retentissement sur l'état général nous retrouvons toujours une oligurie. Le volume urinaire est inférieur à 750 cc. sans atteindre l'anurie (volume inférieur à 250 cc.)

Nous notons également une constipation opiniâtre, l'appetit est nul. Avec une odeur acétonémique de l'haleine, parfois un subictère, une tachycardie à 100-120.

Le second objectif de l'examen clinique est d'éliminer une cause organique de vomissements associée à la grossesse. C'est dire que cet examen sera complet et soigneux.

L'examen cardio-vasculaire doit non seulement préciser le pouls et la tension artérielle mais être complet. Eventuellement complété par un électrocardiogramme à la recherche de signes électriques d'hypokaliémie.

Un examen neurologique complet à la recherche de signes de polynévrite, retrouvés chez trois de nos malades. Mais également pour éliminer une cause neurologique, méningée ou tumorale.

Examen de l'appareil digestif pour éliminer une cause digestive de vomissements : appendiculaire, vésiculaire, ou en rapport avec une hernie hiatale ou une tumeur digestive.

Examen des fosses lombaires et la recherche de points urétraux abdominaux et ceux retrouvés par le toucher vaginal : recherche d'une cause urinaire.

Le toucher vaginal, avec le reste de l'examen obstétrical nous confirme que la grossesse évolue normalement et qu'aucune cause organique obstétricale n'est responsable des vomissements.

LES COMPLICATIONS

Le chapitre des complications a déjà été abordé dans l'étude du retentissement sur l'état général. Nous verrons dans un premier temps les complications retrouvées autrefois dans les vomissements graves, et qui en faisaient toute la gravité. Puis nous parlerons de celles que nous retrouvons actuellement.

- Autrefois la maladie continuait d'évoluer, malgré les thérapeutiques utilisées, laissée à elle-même elle conduisait à la mort. L'amaigrissement et la déshydratation menaient à la cachexie pré-terminale. Au niveau des fesses amaigries, le frottement des ischions sur les draps entraînait l'apparition d'escarres. On notait des signes majeurs de déshydratation intra-cellulaire avec, langue rôtie haleine fétide, joues creuses, yeux enfoncés, dents saillantes, anurie.

La dénutrition et la déshydratation entraînaient un retentissement sur les fonctions hépatiques et rénales.

Sur la fonction rénale avec évolution vers l'anurie et l'insuffisance rénale.

Sur les grandes fonctions hépatiques avec apparition d'un ictère par trouble de la fonction biliaire ; troubles de la fonction glycogénique ; augmentation de l'urée sanguine par trouble de l'uréogénèse ; puis apparition d'hémorragies pré-terminales.

Accompagnant ces perturbations, des complications infectieuses locales apparaissaient, au niveau des escarres, ou sous forme de gingivite, de muguet, de stomatite ulcéreuse.

- Nous n'avons pas rencontré dans notre étude de vomissements "incoercibles" qui évoluaient vers ces complications. Par contre nous voyons maintenant plus souvent des complications neurologiques. Ces complications existaient autrefois, elles doivent, aujourd'hui, disparaître.

Il n'y a pas si longtemps, en 1969 pour J. THOYER-ROZAT, en 1960 pour GELLE, une association de vomissements graves et d'un syndrome de GAYET-WERNICKE a été décrite par ces auteurs. Nous y retrouvons des troubles mentaux, des troubles oculaires, des troubles neurologiques et neuro-végétatifs divers, et une polynévrite des membres inférieurs. Ces observations ont évolué vers la mort.

Pour notre part nous n'en avons pas rencontré, par contre dans 3 de nos observations les malades présentaient des signes de polynévrite débutante avec hyporéflexivité aux membres inférieurs, réflexes cutanés plantaires indifférents, troubles de la sensibilité des membres inférieurs. Signes rapidement réversibles sous vitaminothérapie et réanimation. C'est ce traitement précoce qui doit faire disparaître ce type de complications.

BIOLOGIE DES VOMISSEMENTS GRAVES

Les examens biologiques, complètent les données de la clinique dans le sens de la recherche du retentissement des vomissements et de celle d'une cause organique éventuelle autre que la maladie gravidique.

Le premier de ces examens biologiques est la recherche de la présence d'acétone dans les urines. Celle-ci est toujours positive en cas de vomissements graves. Beaucoup d'auteurs en ont fait une des conditions de l'existence de ces vomissements graves, considérant qu'une femme qui vomit et qui ne présente pas d'acétonurie n'est pas atteinte de vomissements graves.

Nous avons vu dans la physio-pathologie qu'elle traduit un trouble du métabolisme des glucides et correspond à la période de catabolisme consécutive au jeûne. Elle disparaît lors de la reprise de la diurèse.

La présence parfois de sels et de pigments biliaires caractérise les troubles de la fonction biliaire, consécutive elle aussi au catabolisme exagéré par le jeûne.

La mesure de l'ionogramme aura pour but l'étude de la déshydratation consécutive aux pertes d'ions sodium, chlore et potassium par les vomissements avec celle de l'eau. La biologie des vomissements graves de la grossesse a bien été étudiée par MALEVIALE dans sa thèse en 1960 (31).

Il note que la natrémie ne subit pas de modifications importantes, par contre la chlorémie est nettement abaissée ; en moyenne aux alentours de 93, 3 mEq/l contre 103 mEq/l dans la grossesse normale.

La kaliémie est abaissée de façon très nette, elle s'abaisserait encore quand la cétonurie disparaît et que la réanimation commence à être efficace.

Nous retrouvons ces différences dans l'ensemble des résultats des ionogrammes pratiqués à l'entrée de nos 58 malades. La kaliémie est inférieure à la normale chez 29 d'entre elles, alors que la natrémie est égale à la limite inférieure de la normale chez 15 de nos malades.

Cette différence tient au fait que l'élimination urinaire de ces ions n'est pas parallèle. Si la kaliurie est relativement supérieure à la normale, natriurie et chlorurie baissent de façon importante. Ceci est une autre traduction biologique de la deshydratation extra-cellulaire.

Le chiffre de la réserve alcaline est abaissé dans le sang. Nous avons vu son mécanisme au chapitre de la physio-pathologie. Les chiffres se trouvent en moyenne aux alentours de 41 vol. pour cent.

Les déficits en électrolytes sont souvent masqués par l'hémoconcentration consécutive aux pertes d'eau. Cette hémoconcentration se traduit par une augmentation de la protidémie, de l'hématocrite, et de la numération des éléments figurés du sang. Elle masque la deshydratation qui sera alors révélée lors de la réanimation.

DELECOUR, VITSE et Coll. décrivent en 1960 des crises de tétanie cliniques et électrologiques chez une femme présentant des vomis-

sements graves. L'hypocalcémie était en rapport avec un déficit potassique global, surtout intra-cellulaire (hypokaliglobulie).

Nous retrouvons souvent, et ceci est noté par tous les auteurs, une discrète augmentation de l'azotémie. MALEVIALE dans son étude notait des chiffres en moyenne à 0, 36 g/l.

CASSANO et TARANTINO, étudiant 30 cas de vomissements graves, ont trouvés les chiffres de corticoïdes urinaires et plasmatiques diminués dans 70 % des cas. MALEVIALE trouve une diminution significative des corticostéroïdes totaux. Nous n'avons pu faire cette étude, les dosages étant trop peu nombreux pour être exploités utilement.

Pour ce qui est des hormones gonadotropes, certains auteurs comme RIVIERE pensent que les dosages restent toujours dans les limites de la normale. D'autres qu'ils seraient toujours plus élevés et fluctueraient avec l'intensité des vomissements. Ceux-ci étant plus abondants lors d'une augmentation de la prolanurie. Ils diminueraient avec elle. Le fait est que dans les grossesses molaires et gémellaires leurs taux sont nettement supérieurs à la normale, et cette élévation joue probablement un rôle dans l'exagération des signes sympathiques comme les vomissements.

Nous dirons quelques mots des autres examens biologiques qui visent surtout à la recherche d'une cause organique aux vomissements. Que ce soit l'examen systématique du culot urinaire avec culture et antibiogramme si nécessaire. Ou d'examens spécifiques orientés, qui ne sont pas faits systématiquement, tels l'électrocardiogramme à la recherche de signes électriques d'hypokaliémie.

Obs.	vomissements		amaigrissement	déshydrat.	acétonurie	Cérebrosp.			sang.	protéidm.	prolanurie
	depuis j.	abondance				N.	K.	Cl.			
3	8	très	3 kg	discrète	++	134	4, 2	103	0, 30	70	
5	8	peu	oui ?	discrète	+	143	4, 2	103	0, 17	68	
8	15	très	important	discrète	++	139	3, 6	96	0, 32	79	
9	9		non	non	+	138	4	102	0, 32		
10	6	très	non	non	+	134	4, 3	90		74	
11	15		non	non	+	139	4, 1	105	0, 21		
13	15	peu	non	non	+	140	4, 2	105		65	
14	28	moyen	oui ?	non	+++	150	4, 5	107	0, 20	70	
15	28	moyen	oui ?	modérée	+	136	3, 1	103	0, 16	65	+10000-50000 U. I.
16	14	très	6 kgs	modérée	+	136	5	102	0, 18	68	+ 90 000
17	?	peu	2 kgs	discrète	+	139	4, 6	109		64	+ 30 000
18	3	peu	non	non	+	139	4, 3	107	0, 34	69	+ 50 000
20	8	très	oui ?	nette	+++	135	3, 3	71	0, 85		+ 300 000
22	5	moyen	3 kgs	discrète	+	135	3, 4	103	0, 40	70	+ 200 000
23	28	très	oui	discrète	+	139	3, 5	95	0, 44		+ 200 000
24	21	très	8 kgs	nette	++	136	2, 7	106	0, 12	72	
25	21	moyen	oui ?	non	++	138	3, 2	102		75	+ 300 000
29	?	?	?	non	+	139	4, 8	107		66	+ 300 000
30	10	très	oui ?	modérée	+	132	3, 7	97	0, 23	74	+ 300 000
31	28	très	10 kgs	nette	++	137	3, 4	103	0, 24	63	+ 100 000
32	5	très°	oui ?	non	+	141	3, 3	106	0, 29	67	+ 100 000
33	40	moyen	oui ?	discrète	+					75	+ 20000
34	14	très	oui ?	non	+	133	4, 2	96	0, 24		+ 100 000

35	4	moyen	3 kg	non	+	136	4,3	100	0,25			
36	40	peu	oui ?	non	+	137	3,6	100	0,34	69	+ 300 000	
37	?	?	non	non	+	138	4,1	100	0,33	73	+ 500 000	
38	5	très	oui ?	discrète	+	131	3,9	98	0,36		+ 20 000	
39	28	très	9 kg	modérée	++	133	4,3	101	0,37	75	+ 300 000	
40	3	moyen :	non	non	+	140	3,7	96	0,18			
41	4	Moyen	oui ?	discrète	+++							
42	3	peu	non	non	+	136	3,5	99	0,21	71	+ 20 000	
43	6	très	oui ?	non	+	134	3,3	103	0,22		+ 20 000	
44	28	moyen	non	non	+	136	3,8	103	0,30	67	+ 30 000	
45	3	moyen	oui ?	modérée	++	140	3,3	92	0,21		+ 300 000	
46	40	très	oui ?	nette	+++	133	3,6	100	0,10	76	+ 300 000	
47	15	moyen	oui ?	discrète	+	136	2,4	97	0,30		+ 20 000	
48	60	moyen	oui ?	non	+	132	3,4	99	0,15	70		
49	?	?	non	non	+	135	3,7	98	0,20			
50	10	peu	non	non	+	136	3,6	100	0,38			
51	12	moyen	5 kg	discrète	+				0,17	65		
52	15	peu	non	non	+	139	3,6	100	0,22	72	+ 20 000	
53	15	peu	non	non	+	132	3,6	93	0,28	71		
54	4	?	non	non	0	133	3,6	98	0,26	67	+ 20 000	
55	15	très	oui ?	modérée	+	132	2,9	95	0,15	74	+ 100 000	
56	12	?	oui ?	non	+	132	3,6	97	0,20	71	+ 300 000	
57	28	?	non	non	+	131	3,8	103	0,20	75	+ 20 000	
58	15	très	oui	discrète	+	134	3,7	93	0,25	71	+ 60 000	

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de vomissements graves de la grossesse se pose rarement. Les caractères de ces vomissements, leur apparition lorsque la grossesse est connue ou soupçonnée dans les premiers mois évoquent une nature purement gravidique. Mais avant de rapporter les vomissements à la maladie gravidique, l'examen aidé de la biologie cherche à éliminer une cause organique éventuelle. Car ils peuvent être le symptôme de nombreuses affections.

Affections neurologiques, en particulier méningitique, surtout la méningite tuberculeuse. Cette dernière parce que sa symptomatologie est souvent atypique chez l'adulte. Avec simplement des troubles du caractère, parfois seulement un amaigrissement ou des troubles psychiques majeurs.

La température n'est pas toujours d'emblée élevée, les signes méningés ne sont pas typiques.

Le diagnostic sera souvent fait à la ponction lombaire uniquement : réaction cytologique importante, hyperalbuminorachie, culture sur milieu de Lowenstein positive.

Dans le cadre des affections neurologiques, il faut enfin éliminer une tumeur cérébrale. Elle réalise une hypertension intra-crânienne avec nausées et vomissements, parfois des troubles psychiques signes précédés de céphalées rebelles.

Le caractère particulier des céphalées, l'horaire des vomis-

sements le matin au réveil et dans la journée survenant régulièrement feront pratiquer les examens complémentaires visant au diagnostic d'hypertension intra-crânienne et au diagnostic étiologique : radiographies du crâne, fond d'oeil, électroencéphalogramme, écho-encéphalographie.

Des affections chirurgicales peuvent être à l'origine de vomissements. Telle l'appendicite, son association avec la grossesse est rare, estimée à une fois sur mille grossesses.

On s'en méfiera devant l'absence de cicatrice d'appendicectomie antérieure. Ses signes ne sont pas différents de ceux d'une appendicite en dehors de la grossesse, toutefois la fièvre peut être modérée ou nulle, mais on retrouve une douleur exquise dans la fosse iliaque droite, la constipation.

La possibilité d'une cholécystite doit également être éliminée. Les douleurs de l'hypochondre droit à irradiations ascendantes, la fièvre, la douleur au point de Murphy sont le plus souvent retrouvées.

La forme gravido-toxique des infections urinaires sera éliminée par l'examen systématique des urines. En effet cette forme est rare, mais précoce. Alors qu'une infection urinaire typique, telle une pyélo-urétéro-cystite ou une pyélonéphrite avec fièvre élevée, pyurie, douleurs sur le trajet urétéral, surviennent le plus souvent dans le dernier trimestre de la grossesse. On retrouvera en plus des signes d'infection, avec accélération du pouls, une constipation.

C'est le laboratoire qui fera la preuve de cette infection urinaire.

La hernie hiatale reste une des causes possibles de vomissements pendant la grossesse. En 1964 MERGER et LEVY rapportent le cas d'une femme qui présentait des vomissements à chaque grossesse.

L'étiquette Maladie Gravidique Précoce avait fait pratiquer des avortements "thérapeutiques" en Afrique du Nord, en 1953, 1954, 1957 et 1961, devant l'inefficacité de la thérapeutique habituelle des vomissements graves. Ce dernier caractère, ajouté au fait qu'il existait un pyrosis en dehors de la grossesse faisait pratiquer un transit oesogastrique en 1964, qui établissait le diagnostic de Hernie hiatale.

Ce fait nous rappelle que lorsque des vomissements attribués à la maladie gravidique ne réagissent pas favorablement à un traitement bien conduit et bien codifié, il est à peu près certain que leur cause est organique. C'est-à-dire que le diagnostic de Maladie Gravidique est erroné.

L'examen clinique complet aidé de la biologie ainsi que la surveillance de l'évolution des vomissements sous traitement, éviteront de faire des erreurs de diagnostic.

FORMES CLINIQUES

I - Nous distinguerons tout d'abord les formes cliniques selon les circonstances d'apparition des vomissements graves.

Ils peuvent apparaître graves d'emblée, avec un retentissement rapide sur l'état général de la femme. Ils ont immédiatement les caractères graves que nous avons vus au chapitre de la clinique.

A l'opposé, ils peuvent succéder à une période plus ou moins longue, de vomissements simples. La femme présentait des vomissements banaux, post-prandiaux qui n'étaient alors qu'une simple gêne, les caractères se modifient. Ils deviennent totaux, supérieurs à la quantité d'aliments et de boissons ingérés, le retentissement sur l'état général apparaît.

II - Dans l'évolution des vomissements graves nous distinguerons plusieurs formes cliniques.

Les vomissements graves qui réagissent favorablement et rapidement au traitement dès l'hospitalisation. Les vomissements cessent lorsque les mesures d'isolement sont prises et que le traitement commence. C'est le cas pour douze de nos malades, cinq d'entre elles ne vomirent pas dans le service, les caractères des vomissements qu'elles présentaient chez elles et l'amaigrissement constaté prouvaient qu'il s'agissait bien de vomissements graves;

Par contre malgré un traitement qui semble bien conduit d'autres femmes continuent à vomir. Chaque fois on retrouve le fait que l'isolement n'est pas respecté. C'était le cas pour sept de nos malades, L'une d'entre elles vomissait encore, malgré le traitement jusqu'au jour où on s'aperçut que le père, trompant la vigilande du personnel rendait visite à la jeune femme. Les vomissements cessèrent dès la mise en place de mesures plus strictes.

Viennent ensuite les formes compliquées. Nous avons parlé des complications neurologiques rencontrées dans notre étude. Trois de nos malades présentaient des signes de polynévrite des membres inférieurs. Actuellement ce sont les seules qui apparaissent. Elles doivent disparaître.

Autrefois les formes associées à un syndrome de Gayet-Wernicke n'étaient pas rares. Les dernières observations remontent à une dizaine d'années et sont exceptionnelles.

De même les formes qui évoluaient vers la cachexie. Paradoxalement la grossesse continuait d'évoluer normalement jusqu'au décès de la femme.

L'évolution des vomissements graves est, après une cédation plus ou moins rapide, parfois marquée par des récides.

Ces récides se manifestent pendant l'hospitalisation, le plus souvent lorsque les mesures d'isolement sont levées trop tôt. La femme semble guérie, une visite est autorisée, les vomissements réapparaissent.

Les récides peuvent se manifester alors que la sortie a

été permise. Cinq de nos malades présentèrent de nouveau des vomissements graves chez-elles, nécessitant une nouvelle hospitalisation.

Le traitement de ces récurrences est alors toujours plus long et plus difficile.

III. Dans les formes cliniques, à côté des formes selon les circonstances d'apparition, et celles selon l'évolution, les formes selon les conditions obstétricales tiennent une place importante.

a) Nous avons regroupé dans les formes cliniques les grossesses molaires et les grossesses gémellaires associées à la maladie des vomissements Gravidiques. Le fait qu'il s'agisse de vomissements purement fonctionnels liés à l'existence de la grossesse, indépendamment de tout substratum organique, les fait entrer dans ce chapitre plutôt qu'à celui du diagnostic différentiel.

D'ailleurs beaucoup d'auteurs les rapprochent en faisant intervenir le taux des gonadotrophines chorioniques dans la genèse des vomissements graves, on sait que ces taux sont élevés dans les grossesses molaires et gémellaires.

- Le diagnostic de grossesse molaire sera tout d'abord clinique. Par des examens gynécologiques répétés retrouvant une variation du volume utérin à chaque examen ; par l'existence des hémorragies contemporaines d'une diminution de la hauteur utérine. Ce diagnostic sera biologique par le taux anormalement élevé de la prolactine. Il sera confirmé par l'auscultation au stéthoscope à ultra-son (pas de bruits du coeur foetal).

- Le taux élevé de la prolanurie, la notion d'un utérus plus gros que ne le veut l'âge de la grossesse feront évoquer le diagnostic de grossesse gémellaire. Diagnostic qui sera également confirmé par l'échographie bidimensionnelle.

J. M. CHEYNIER rapporte que de nombreux auteurs insistent sur la grande fréquence de gémellaires et de grossesses molaires chez les femmes qui vomissent au cours du premier trimestre. Ceci semble vrai, mais pour notre part nous n'en avons eu aucun cas.

b) Toujours selon les conditions obstétricales nous rapporterons le cas d'une de nos malades qui présentait, associée à des vomissements de nature gravidique, une grossesse extra-utérine.

On retrouvait un passé de stérilité explorée. Adressée pour des vomissements graves apparus dès la connaissance de la grossesse on notait l'existence d'une discrète hémorragie trois semaines auparavant. L'examen d'entrée notait une pâleur inhabituelle, une tension artérielle basse, la présence d'une masse annexielle droite, un cul de sac de DOUGLAS douloureux, un utérus plus petit que le voulait l'âge de la grossesse.

La ponction du cul de sac de DOUGLAS ramenait du sang. La laparotomie confirmait le diagnostic de grossesse extra-utérine et découvrait deux litres de sang dans la cavité péritonéale.

Les vomissements cessèrent dès l'intervention. Nous n'avons

pas retrouvé de cas dans la littérature. Le passé de stérilité, la peur de ne pas mener la grossesse à terme étaient des facteurs à l'origine des vomissements.

IV. L'association à une maladie organique est toujours possible sans qu'elle soit la cause de vomissements. L'association qui semble la plus fréquente est celle d'une infection urinaire avec des vomissements graves. Hospitalisées pour des vomissements graves huit de nos malades présentaient une infection urinaire celle-ci n'étant pas à l'origine des vomissements.

VI. ETIO-PATHOGENIE

Nous l'avons déjà dit dans un chapitre précédent, la caractère pathologique des vomissements de la grossesse ne fait pas de doute. Nombre de femmes ne sentent jamais si bien que pendant leur grossesse. Les autres ne vomiraient pas si elles n'étaient pas enceintes.

Dans ce groupe de femmes qui vomissent, il y a celles qui présentent des vomissements simples dits bénins, c'est le plus grand nombre ; puis il y a celles qui présentent des vomissements graves. Entre ces deux limites il n'y a qu'une différence de degré, qu'une différence de gravité. Le mécanisme physio-pathologique est le même. Les différents facteurs invoqués, les différentes théories pathogéniques sont les mêmes dans les deux cas.

FACTEURS SOMATIQUES.

On a recherché, et incriminé différents facteurs somatiques dans la génèse des vomissements de la grossesse. Chacun d'eux a donné naissance à une théorie pathogénique.

Les facteurs mécaniques ont été les premiers. La distension de l'utérus gravidique, les modifications inflammatoires ou physiologiques du col pendant la grossesse peuvent être responsables de vomissements réflexes.

TARNIER et BUDIN citent des observations où par action sur le col ils obtinrent des réflexes nauséux. MAC INTOCH incrimine, quant à lui la distension des fibres utérines.

La responsabilité de facteurs humoraux implique l'élaboration par l'oeuf de substances toxiques. La gestante réagirait à ces substances par les vomissements.

Tout d'abord des hormones d'origines placentaires, les gonadotrophines chorioniques sont mises en cause. En effet, le syndrome des vomissements de la grossesse est contemporain de l'activité prolifique maxima. Sa régression au quatrième mois coïncide avec la chute des gonadotrophines chorioniques. RIVIERE dans une étude portant sur trente cas en 1957 note : " que treize dosages atteignent ou dépassent 100 000 U. R. par litre de sérum". Il avait étudié le pouvoir gonadotrope du sérum chez ses trente gestantes présentant des vomissements graves. Mais il conclut

que "le syndrome paraît complètement indépendant du pouvoir gonadotrope du sérum puisque toutes les valeurs sont comprises à l'intérieur des limites physiologiques et que la proportion des valeurs importantes n'y est pas plus élevée que dans la grossesse normale". Il ne semble pas que ce soit l'avis de tous les auteurs selon certains l'élimination urinaire des gonadotrophines chorioniques serait parallèle à la quantité des vomissements et à leur fréquence. Ceci est vrai dans les grossesses molaires dans leur forme toxique à type de vomissements graves, et dans les grossesses gémellaires où les signes sympathiques sont plus marqués.

L'existence d'un toxique protidique a été retenue. Pour BAR et BRINDEAU avec METZGER et VANDERCAL ce serait une albumine étrangère d'origine foetale. LELORIER pensait à une fraction protéique maternelle dont la production serait déclenchée par la grossesse. C'est un antigène d'origine placentaire pour FIEUX et MAURICE.

VIET a entrepris la recherche de protide toxique au moyen de l'électrophorèse chez la femme enceinte qui vomit. Il ressort de son étude qu'il existe trois types de modifications possibles à l'électrophorèse :

- des variations légères avec diminution de l'albumine et augmentation des γ globulines et des β globulines.
- ou une augmentation nette des γ globulines
- ou une augmentation des α et des γ globulines.

Mais il nous manque l'identification chimique du protide toxique.

Nous n'avons pas non plus la démonstration expérimentale du rôle de ces modifications de l'électrophorèse.

LEVY-SOLAL et collaborateurs émettent l'hypothèse d'une réaction allergique se révélant par des vomissements. Ils ont étudié les réactions aux tests de sensibilisation cutanée avec des extraits placentaires et du sperme du mari. Ils citent le cas d'une jeune femme qui présentait des phénomènes nauséux après cuti-réaction avec une macération glycinée de l'oeuf qu'elle avait expulsé avant terme. Pendant les premiers mois de sa grossesse elle avait présenté des vomissements graves.

WERLE également soutient cette théorie allergique, dont l'histamine serait le substratum chimique.

Le dosage de l'histamine dans des cas de vomissements gravidiques a été fait par BRUCELATTO et GISMONDO. Alors que le taux normal est de 0,01 à 0,06 μ ils trouvent des chiffres aux alentours de 2,5 μ . Selon EFFKERMANN il serait de 4,27.

Dans le même sens de recherche LABORIT et MORAND attribuent à l'hypercholinergie les vomissements gravidiques. Plus qu'une hyperproduction d'acétylcholine ce serait un déficit en cholinestérase. Cette dernière chargée de la scission de la molécule d'acétylcholine verrait son action neutralisée par différentes substances. La production de ces dernières serait déclenchée par l'état de grossesse.

A l'opposé de ces recherches d'une cause uniquement organique de nombreux auteurs à la suite de LANTUEJOUL, ont recherché une cause psychique.

ROLE DU SYSTEME NERVEUX

L'importance du déterminisme psychique dans la génèse de certains troubles digestifs est connue. De plus si certaines femmes sont bien équilibrées nombreuses sont celles qui présentent des troubles psychiques mineurs.

C'est LANTUEJOUL, le premier à la suite de BRINDEAU, qui a noté l'importance du déséquilibre neurotonique dans les vomissements graves de la grossesse. Il a, le premier fait intervenir la psychothérapie qui reste de nos jours un des éléments du traitement.

La personnalité des vomisseuses a été étudiée par FAIR-WEATHER à l'aide de 2 types de tests : le Cornell Medical Index et le Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Ils mettent en évidence : une personnalité immature ou infantile associée à une hystérie ; une intelligence en moyenne inférieure à la normale ; une dépendance très forte vis-à-vis de la mère ; une absence fréquente du mari. Pour ces femmes le syndrome fonctionnel, le vomissement ; n'est que l'expression d'un conflit latent ou patent. Conflit familial, conjugal, tentative d'apitoiement, recherche inconsciente de l'interruption d'une grossesse inopportune, à l'opposé une crainte de l'interruption d'une grossesse désirée.

STECKEL va plus loin, la grossesse favoriserait l'éclosion d'une véritable parapathe anxieuse avec l'angoisse qui se rapporte à l'accouchement. Il interprète le vomissement comme une hostilité

revendicative, une protestation envers le conjoint ou l'enfant.

"Les vomissements représentent le remplacement psychique du dégoût qui a fait défaut avant l'acte charnel".

Dans la même interprétation analytique (au sens psychiatrique) HESSELTINE fait intervenir un sentiment de culpabilité. "Parfois il s'agit d'une croyance inconsciente qu'un péché a été commis et le vomissement peut représenter une forme d'auto-punition".

Entre ces théories purement psychogéniques et les recherches d'une cause organique seule, MERGER et LEVY défendent une théorie cortico-viscérale.

Cette théorie est née du nervisme Pavlovien et rétablit l'unité du système nerveux et de ses fonctions. Le nervisme rejette la distinction du système cérébro-spinal voué aux fonctions de la vie de relation (système extéro-ceptif) et du système neuro-végétatif chargé des diverses régulations viscérales et humorales (système intéro ceptif).

Le système intéroceptif, dont l'existence et la réalité anatomique et fonctionnelle sont prouvées par ses terminaisons sensibles disséminées dans les tissus et les organes. Entre ce système et le système extéroceptif les échanges sont constants. Toute perturbation de l'un est capable de retentir sur l'activité de l'autre. Le lieu de rencontre est le cortex cérébral qui intervient dans la régulation interne et n'est pas un

organe exclusif de la vie de relation. Sa fonction essentielle est l'inhibition la freination des centres sous-corticaux.

L'état pathologique peut résulter, soit de l'excitabilité anormale des centres sous-corticaux, soit d'une inefficacité ou d'une inhibition de l'action freinatrice corticale. Soit, encore, de la combinaison des deux processus.

La grossesse modifie l'activité nerveuse corticale libérant les centres sous-corticaux. C'est le déclenchement de la parapathe anxieuse de Steckel ; l'intervention du sentiment de culpabilité de HELSELTINE. Plus simplement elle s'exprime par les modifications du comportement, l'irritabilité, la fatiguabilité intellectuelle de la femme enceinte.

La grossesse modifie l'activité corticale mais également la réflexivité. Selon J. FAURE le tracé électro-encéphalographique de la femme enceinte normale est toujours modifié. Il le reste jusqu'au vingtième jour après l'accouchement.

Si on suit MERGER et LEVY qui recherchent l'unité du système nerveux et de ses fonctions. Mais également l'unité entre les différentes théories somatiques et psychogéniques pour expliquer la pathogénie des vomissements de la grossesse, la grossesse par les modifications qu'elle fait subir à l'organisme : modifications mécaniques (distension des fibres utérines, modifications du sol) modifications humorales (inondation hormonale, apparition des gonadotrophines chorioniques, la présence éventuelle d'un toxique protidique, voire une augmentation de l'histaminémie) agit sur le système intéroceptif. Celui-ci est alors per-

turbé dans son équilibre. Il s'agit sur le système extéroceptif qui n'exerce plus pleinement sa fonction de frein sur l'activité sous-corticale. Cette dernière s'exerce sous la forme de modifications du comportement, de l'expression de conflits latents. Les vomissements représentent alors la dysharmonie entre les systèmes extéroceptif et intéroceptif. L'hyperexcitabilité des centres sous-corticaux s'exerce en premier lieu sur le centre du vomissement.

VII - TRAITEMENT

SORANUS D'EPHESE préconisait le jeûne pour les femmes qui vomissaient au début du II^{ème} siècle. En 1789 VAUGHAN leur administrait des solutions nutritives par voie rectale. SIMMONS en 1813 utilisait l'avortement thérapeutique. LANTUEJOUL défend sa méthode psychothérapique dans les vomissements graves.

Certaines de ces méthodes sont encore employées : la diète est un des éléments du traitement ; la correction des désordres hydro-électrolytiques, si elle ne se fait plus par voie rectale, est toujours primordiale ; la psychothérapie reste le seul traitement de la maladie, l'avortement thérapeutique ayant disparu.

Le traitement des vomissements gravidiques comporte deux chapitres : le premier est celui de la maladie elle-même, il donnait lieu à des controverses selon la théorie pathogénique défendue par les auteurs, ce qui explique la multiplicité des méthodes thérapeutiques.

Le second chapitre est le traitement des complications des vomissements. Il n'est pas contesté.

I/ TRAITEMENT DE LA MALADIE

Selon la théorie cortico-viscérale de MERGER et LEVY il y a deux pôles d'action.

A) - Le premier est l'action sur le pôle ovulaire.

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que c'est l'existence de la grossesse qui fait que la femme vomit. D'où le premier avortement thérapeutique de SIMMONS en 1813.

Cet avortement n'a de thérapeutique que le nom en effet c'est un constat d'échec. Son résultat est immédiat au prix de l'interruption de la grossesse.

Les critères en étaient la tachycardie, élément d'ailleurs bien imprécis, pour d'autres c'était l'intensité de l'amaigrissement avec apparition de troubles neurologiques du type hyporéflexivité et obnubilation.

Il était autrefois utilisé "larga manu", il a disparu des méthodes thérapeutiques.

Il n'y a pas d'autre méthode pour agir sur le pôle ovulaire.

B) - Le second pôle d'action est le pôle central. C'est dans ce chapitre qu'il y a eu le plus de controverses.

1/ - C'est ici le domaine de la psychothérapie

Dont nous verrons les méthodes dans un premier temps.

Nous verrons ensuite les autres méthodes employées.

- Cette psychothérapie s'exerce tout d'abord par une modification du milieu. La mesure la plus efficace, celle qui est indispensable, c'est l'isolement. Interdiction de toute visite, l'évolution nous a appris

que dans douze cas de notre étude le non respect ou la levée trop rapide de cette mesure avait fait réapparaître les vomissements.

Cet isolement doit être total, pas de lettre pas de poste de radio, pas de revue. D'où surveillance stricte par un personnel habitué à ce genre de malades.

- Cet isolement loin de laisser la femme à elle-même permet au medecin de mettre la femme en confiance. Cette mise en confiance est le résultat, comme le dit MERGER (35) d'un examen clinique soigneux : "il permet d'abord d'éviter une faute de diagnostic.", "Mais l'examen vaut encore plus comme moyen de traitement. Il agit par psychothérapie. La pire erreur est de dire ou de laisser dire par le personnel soignant que c'est nerveux".

- MERGER insiste également sur l'action de la parole par la persuasion : "C'est par elle qu'on supprime les craintes, les préventions, les idées fixes. C'est sans artifice, par une psychothérapie élevée qu'on arrive à rendre à la malade sa volonté, la confiance en elle, et la conviction qu'elle va guérir."

- MERGER insiste également sur le rôle de la suggestion par action de la parole mais toujours accompagnée d'un simulacre ; le plus fréquemment employé est le badigeonnage du creux épigastrique au bleu de méthylène ; réglementation stricte de la prise des aliments, ou comme d'autres auteurs des infiltrations intra-dermiques de novocaïne.

A côté de ces moyens, la suggestion médicamenteuse quel que soit le médicament utilisé, est la plus employée. "L'essentiel est d'affirmer, c'est-à-dire de suggérer, son efficacité. Les médicaments nouveaux, ceux qui contiennent une substance dont l'action est encore mystérieuse dans l'esprit de la malade, ..., sont choisis de préférence." : MERGER (35 pages 257-258).

- Avec l'isolement, la parole et son action soit de persuasion soit la sugg  tion, d'autres moyens visent à modifier le milieu : la diète, l'absence de récipient recueillant les vomissements.

Aucun liquide dans l'estomac, rien pour recueillir les vomissements, la femme ne sera pas tentée de vomir. De plus la mise en place d'une perfusion, l'administration de médications inciteront la femme à croire, que loin de penser que c'est uniquement "nerveux" le médecin la prend au sérieux.

- Parfois, bien que cela soit souvent mal accepté, l'intervention du psychiatre sera bénéfique. Dans une de nos observations au décours de la consultation de ce dernier, les vomissements cessèrent et ne réapparurent pas.

- Toujours dans le cadre d'une action psychothérapique, MERGER signale que certains auteurs préconisent le simulacre de l'avortement thérapeutique. Cette méthode est à proscrire, par ailleurs lorsque la femme se rendra compte qu'elle n'a pas été avortée, les vomissements reprendront et le traitement s'av  rera inefficace.

DE LEE employa l'hypnose, les résultats ne semblent pas supérieurs à ceux des autres méthodes.

2/ - L'action sur le pôle central, avec la psychothérapie, se fait par l'intermédiaire de nombreuses médications. Elles ne jouent pas par une modification du milieu, mais cherche à diminuer l'hyperexcitabilité des centres sous-corticaux.

- Tous les sédatifs nerveux ont été utilisés, nous parlerons des plus employés. La chlorpromazine a été la première, on relève son utilisation en 1955 par GELLE et collaborateurs. MENSAH dans sa thèse en 1959 rappelle l'intérêt de son utilisation .

ELSNER-MACHAY (Autriche) utilisent le chlordiazepoxide.

Dans nos observations on note l'utilisation du diazepam ou l'association Phénobarbital-prométhazine-Péthidine. Le phénobarbital à doses filées associé à la chlorpromazine utilisé par d'autres, leur a donné de bons résultats.

TRAN-DINH-DE utilise les injections intra-veineuses de Novocaïne à 1 %. Surtout en traitement ambulatoire, avec des résultats inégaux.

- Depuis quelques années l'utilisation de produits réputés comme ayant une action sur les centres du vomissement, s'est généralisée.

Le métropolopramide donna de bons résultats à GELLE en 1967 : dans 11 cas sur 13 sans autre traitement associé que l'isolement et la réhydratation il obtint des résultats excellents.

Mais comme il le dit lui-même : "il est, bien entendu, difficile de faire la part de l'action d'un médicament dans un syndrome d'élément psychique est majeur." A la suite de notre propre expérience c'est également notre avis. Utilisés seuls sans le recours de l'isolement et aux autres moyens de la psychothérapie, les résultats ne sont pas convaincants.

Il en est de même pour d'autres médicaments identiques qui donnent de bons résultats à de nombreux auteurs, tel le Metopimazine, là encore utilisés de concert avec l'isolement strict.

- ERCHOVA a appliqué la cure de sommeil qui provoque l'inhibition du système nerveux central : cure de sommeil prolongé 8 à 14 h. , ou cure continue 22 h. sur 24 .

D'autres auteurs ont utilisé l'association Bromecafeine ayant pour but la rééquilibration de l'activité nerveuse.

- CORREA DA COSTA a voulu agir sur les relais nerveux qui vont de l'utérus au système nerveux central ; afin de bloquer les excitations à point de départ périphérique agissant sur les centres sous-corticaux. Il a réalisé un blocage des plexus pelvi-génitaux par infiltrations de novocaïne.

Dans le même but PASCHEN a essayé le blocage du sympathique cervical.

C) - Le traitement de la maladie des vomissements gravidiques que nous venons de voir découle de la théorie cortico-viscérale de MERGER et LEVY. Les autres méthodes thérapeutiques viennent des nombreuses théories pathogéniques dont nous avons parlé dans le chapitre précédent. Nous n'en dirons que quelques mots.

- Aucun traitement ne peut s'opposer à la production d'un toxique

protidique qui serait à l'origine des vomissements selon BAR et BRIN-DEAU.

- Suivant la théorie allergique l'utilisation des anti-histaminiques a donné des résultats plus ou moins favorables. S'agit-il d'un effet psychothérapique des médicaments ?

Le mode d'action de la vitamine B6 est inconnu mais semble se rapprocher de celui des anti-histaminiques. M. DUMONT et P. BOURDON ont eu des résultats favorables en 1950. GURH G. (Hambourg) également. K. MEGEY en 1951 obtint de bons résultats avec le complexe vitaminique B.

Mais, comme pour l'utilisation des anti-émétisants, ils sont utilisés en même temps que l'isolement et la psychothérapie, et la part réelle de leur action est difficile à établir.

- Les déséquilibres hormonaux observés dans les vomissements gravidiques ont suscité d'abord l'administration de Diethylstilboestrol (BERTHING et BURWELL).

MALEVIALE note que DORSEY a utilisé des extraits cortico-surrénaux associés à la vitamine B6. La cortisone et l'A.C.T.H. l'ont été par WELLS, CASSANO, TARANTINO. Ceci faisait suite à la constatation de STEAMMLER : l'excrétion des corticoïdes urinaires n'atteint que la moitié du taux normal retrouvé chez la femme enceinte, chez les femmes qui vomissent.

Cette diminution est retrouvée par MALEVIALE dans sa thèse en 1960, par CASSANO et TARANTINO qui trouvent des chiffres aux alentours de 70 % de la normale.

Pour conclure, nous dirons que les excellents résultats rencontrés sont à coup sûr dûs à l'isolement toujours à la base du traitement. L'isolement associé aux autres moyens de la psychothérapie. Dans ces succès la part des médications employées est difficile à faire. D'ailleurs quels qu'ils soient leurs résultats sont toujours comparables, les pourcentages du succès toujours les mêmes.

II / TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Il est aussi important que le traitement de la maladie elle-même, et ne prête pas à discussion.

Tout d'abord la correction de la deshydratation et des désordres électrolytiques, en fonction des résultats du bilan biologique. Par perfusions de sérums glucosés et salés en quantité suffisantes, auxquels on adjoint des ions chlore, sodium et potassium.

Pour ce dernier nous avons dit qu'il faudra se méfier de l'hypokaliémie pouvant se révéler au décours de l'apport des quantités liquidiennes nécessaires.

Comme dans l'observation de DELECOUR, VITSE et collaborateurs on administrera, si besoin, une calcithérapie.

La reprotéinisation est aussi nécessaire que la réhydratation. Elle sera faite en fonction de l'amaigrissement et de la protidémie. Que ce soit sous forme de plasma ou d'hydrolysats de protéines.

Associée à ces deux éléments du traitement, on ajoutera la vitaminothérapie. Mise de côté la théorie allergique, la prévention des complications neurologiques par les vitamines du groupe B, (B1 et B6) se révèle nécessaire. En effet J. THOYER-ROZAT se demande à l'issue de son observation sur une malade ayant présenté des vomissements graves associés à un syndrome de GAYET-WERNICKE en 1969, si l'admi-

nistration précoce et massive de vitamines B dès le début de l'hospitalisation n'aurait pas évité la mort.

Certains auteurs utilisent la vitamine C hydrosoluble, dont on connaît l'action défatigante.

Dans les deux chapitres précédents nous venons de voir le traitement des vomissements graves. Des femmes qui vomissent au début de leur grossesse, toutes n'évoluent pas vers ces vomissements graves. Le traitement doit commencer au stade des vomissements simples qui les précèdent souvent. Il s'agit donc d'un traitement prophylactique.

III / Traitement prophylactique

Le médecin traitant commencera la psychothérapie par la mise en confiance dont la nécessité est essentielle pour MERGER "c'est sans artifice, par une psychotérapie élevée, qu'on arrive à rendre à la malade sa volonté, sa confiance en elle, et la conviction qu'elle va guérir".

Ensuite viennent les conseils hygiéno-diététiques : réduction en quantité, multiplication du nombre des repas, 4 à 5 par jour, évitant la surcharge gastrique.

Qualitativement les graisses seront réduites, les glucides modérément augmentés.

Ces règles cherchent à lutter contre les vomissements mais également contre la constipation qui les accompagne souvent. Cette constipation sera prévenue par l'utilisation du Sorbitol, des laxatifs non irritants pour le tube digestif.

L'utilisation des médications anti-émétisantes contribuera, par l'effet de suggestion, à combattre ces vomissements qui sont encore au stade de vomissements simples.

Tel le métoclopramide ou le métopimazine sous forme de solutions.

Les antihistaminiques pourront être d'un bon secours. Voir le phénobartital à doses filées et la vitaminothérapie.

Dans cette partie du traitement nous dirons un mot de celui du ptyalisme. Il est souvent décevant, que ce soit avec les sédatifs nerveux ou tout autre type de médication.

L'atropine donne souvent des résultats favorables, mais parfois il faudra aller jusqu'à l'hospitalisation avec l'isolement pour en venir à bout.

IV / PROTOCOLE DE TRAITEMENT

Nous prendrons comme exemple le traitement institué dans nos 58 observations. Il a toujours été identique.

- Tout d'abord un isolement strict, nous avons vu ses modalités, nous dirons seulement qu'il est indispensable.

- Puis la diète totale, aucune alimentation liquidienne ou solide.

- Mise en route d'une réhydratation intra-veineuse, pour la correction des désordres hydro-électrolytiques, et d'une reprotéinisation, en fonction du bilan fait à l'entrée. Perfusion intra-veineuse à raison de 3 l/j sérum glucosé à 10 %, hydrolysats de protéines, sérum salé:

- Un traitement médicamenteux s'ajoute à ces trois éléments. Dans notre étude il s'agit le plus souvent du diazepam en intra-musculaire, parfois l'association Pethidine-Prométhazine pour les cas où les vomissements graves ne cèdent pas malgré un traitement bien conduit.

A ces médications on adjoint un anti-émétisant par voie intra-musculaire également, en fonction des modes thérapeutiques, mais à notre sens sans modifier beaucoup les résultats.

La vitaminothérapie B n'est pas oubliée.

- Le classique badigeonnage au bleu de méthylène est fait dès la mise en place des mesures d'isolement.

Ensuite le traitement est fonction des vomissements. Si les vomissements cessent rapidement :

- quatre à cinq jours après leur disparition, une première visite courte est autorisée. Si après cette visite et celles qui vont la suivre la femme ne vomit plus la sortie est envisagée huit à dix jours plus tard .

- le lendemain de la disparition des vomissements une alimentation liquidienne par voie orale est reprise. Les jours suivants une alimentation normale est autorisée, elle comportera des aliments désirés par la femme, on tiendra compte de ses désirs.

- les perfusions seront arrêtées deux à trois jours après l'arrêt des vomissements et si le bilan biologique le permet.

- Le traitement médicamenteux par voie intra-musculaire est poursuivi quelques jours, puis relais par la voie orale. Il sera poursuivi après la sortie à doses moindres.

Cette modification progressive du traitement suppose qu'à aucun moment les vomissements ne réapparaissent. S'il en était autrement le traitement institué à l'entrée serait immédiatement repris. L'expérience prouve qu'en cas de récurrence la réponse à ce traitement est toujours plus longue à être favorable. Les vomissements cèdent moins rapidement que la première fois.

En conclusion, nous soulignerons une notion déjà évoquée à celui du diagnostic différentiel : des vomissements du début de la grossesse qui ne cèdent pas rapidement à ce traitement bien conduit, ont à coup sûr une cause organique passée inaperçue, et n'entrent pas dans le cadre de la maladie des vomissements gravidiques.

VIII - PRONOSTIC

Le pronostic des vomissements graves n'était pas très favorable autrefois. L'adjectif "incoercible" leur était attaché. La gravité était telle que TRILLAT pouvait dire : "dans le lot de plus en plus restreint des femmes qui meurent dans nos services, les vomisseuses représentent, avec les cardiaques et les tuberculeuses, la majorité."

Les choses ont bien changées depuis que des femmes mouraient et que d'autres devaient être avortées.

- HARTEMANN à Nancy dans une statistique a relevé de 1920 à 1934 : 74 cas de vomissements graves avec 14 avortements et 4 morts. De 1940 à 1954, 143 cas, aucun avortement, une mort.

- MERGER n'a noté aucun décès depuis qu'il dirige un service.

- Dans notre étude qui s'étend de 1963 à 1972 58 cas de vomissements graves ; aucun avortement aucune mort.

Actuellement, les facteurs de gravité sont l'amaigrissement de plus d'un tiers du poids, la tachycardie permanente, autrefois choisie comme critère de l'avortement thérapeutique. L'oligurie, l'acidose, les désordres hydro-électrolytiques également.

Dans ces facteurs de gravité on peut ajouter l'apparition de troubles neurologiques. Il y a quelques années GELLE, J. THOYER-ROZAT rapportent chacun une observation de l'association à un syndrome de

GAYET-WERNICKE ayant évoluées défavorablement. Dans notre étude 3 cas ont présenté des signes neurologiques à type de poly-névrite, complications qui restent seules à redouter actuellement. A notre sens elles devraient bientôt disparaître avec un traitement bien conduit.

Ce que l'on rencontre le plus fréquemment, avec l'amaigrissement ce sont des débuts de déshydratation. Là aussi, le traitement a été efficace parce qu'institué tôt.

Le plus à craindre dans l'évolution des vomissements graves ce sont les récides : 12 cas sur 58, au cours de l'hospitalisation ou après la sortie. Dans ces cas la thérapeutique a toujours été plus longue à être efficace que la première fois.

Actuellement le pronostic foetal n'est jamais en jeu. Il l'était à l'époque de l'avortement thérapeutique, véritable constat d'échec. Sinon il était bien connu que la grossesse évoluait normalement jusqu'à la mort de la mère.

Au total dans notre étude, 55 de nos malades ont accouché normalement. La 56ème était une grossesse extra-utérine associée à des vomissements graves. Une autre a avorté quinze jours après sa sortie, les vomissements n'étant pas en cause. Enfin la dernière a expulsé un mort-né à 6 mois ; c'était son sixième mort-né par incompatibilité foeto-maternelle due au facteur rhésus.

CONCLUSION

A la suite de l'étude des 58 cas de vomissements graves du début de la grossesse relevés dans le service de Monsieur le Professeur VITSE, mais aussi de la lecture de nombreuses publications traitant de cette maladie, différents points apparaissent essentiels.

Le premier point important est la disparition des grandes complications que l'on voyait autrefois. Ces complications menaient bien souvent à la mort ou à l'avortement thérapeutique. Depuis quelques années nous ne rencontrons plus qu'exceptionnellement des complications neurologiques. Ce sont des polynévrites dont nous avons relevé 3 cas dans nos observations. Leur évolution a été favorable.

Ceci est dû à la thérapeutique actuelle, il s'agit du second point essentiel.

Tout d'abord traitement de la maladie elle-même, il est maintenant bien codifié. Il associe l'isolement strict, la psychothérapie et les médications à notre disposition dans ces vomissements graves.

Parmi ces médications le groupe des anti-émétisants s'il n'a pas encore une action pharmacologique parfaite, joue un rôle dans la guérison lorsqu'il est associé aux autres méthodes.

Ensuite, les méthodes actuelles de réanimation concourent par une rééquilibration hydro-électrolytique à corriger les désordres

qui étaient autrefois responsables de complications et d'évolutions fatales.

Le troisième point essentiel est que si on respecte les règles d'un traitement maintenant bien codifié et qu'on n'assiste pas à une cédation rapide des vomissements on peut dire à coup sûr que leur cause est organique. Cette cause est passée inaperçue, et les vomissements n'entrent pas dans le cadre de la maladie des vomissements graves.

Enfin le dernier point est que le respect des règles de ce traitement devrait encore améliorer le pronostic, et faire disparaître les complications à type de polynévrite que nous voyons encore actuellement. Il devrait également éviter l'apparition de récurrences toujours plus longues à traiter.

BIBLIOGRAPHIE

1 - BAUMIER P.

A propos d'un cas de vomissements incoercibles
à évolution inhabituelle.

Fed. Soc. Gyn. Obs. 1954, 6, n° 3, 323.

2 - BERTHING et BURWELL

Diethylstilboestrol dans la nausée et les vomissements
graves.

Amer. J. Obs. Gyn. 1950, 95, n° 2, 461-462.

3 - BORREDON J. F.

Contribution à l'étude du traitement des vomissements
graves de la grossesse.

Thèse Bordeaux 1955, n° 107, Bibliogr.

4 - BOULLE J., PARIS P. M. et GROSOS J.

Une cause inhabituelle de vomissement chez une femme
enceinte.

Co. Med. 12- IV - 1969, 91, 15.

5 - CHATILLON F.

Traitement des vomissements graves de la grossesse.

Rev. Fra. Gyn. Obs. 1939, n° 8.

6 - CHELLI M.

Les vomissements graves de la grossesse.

Tun. Med., 1965 ; n° 4, 345-348.

7 - CHEYNIER J. M.

Vomissements graves au cours de la grossesse.
E. M. C. 033, A 10.

8 - CHOSSON J., LAUTIER Y.

Rôle des Hernies Hiatales dans les vomissements
tardifs de la gestation.
Bul. Fed. Soc. Gyn. Obs. 1965, 17, 481.

9 - DELECOUR M.

Les vomissements gravidiques.
Entretiens de BICHAT Med. 1965, 267-270.

10 - DORSEY

Emploi combiné de pyridoxine et de cortico-surrénale
dans le traitement de la nausée et des vomissements
de la grossesse.
Amr. J. Obs. 1949, 58, n° 6, 1073-1078.

11 - DUMONT M. ; BOURDON P.

Traitement des vomissements de la grossesse
par la vitamine B6.
Gy.,. Obs. 1950, 49, n° 2.

12 - EFFKERMANN

Comportement et destinées des hormones tissulaires pendant
la grossesse.
Deut. Med. Wor. 1949, 74, n° 8.

13 - ERCHOVA.

Traitement des vomissements gravidiques par le sommeil.
Obs. Gyn. Moscou 1952, n° 6.

14 - FARKAS G et FARKAS G. jr.

Action tératogène de l'hyperemèse gravidique et des médicaments habituellement utilisées pour son traitement.

Zbl. Gyn. III-71, 93, n° 10, 325-330.

15 - FAURE J.

Rythmes bioélectriques du cerveau pendant la grossesse.

Gyn. Obs. 1952, 51, n°4.

16 - GELLE P., HERAUD F., DUTHOIT F.

Evolution des résultats thérapeutiques en matière de vomissements graves de la grossesse.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. 1963, 15, n° 3, 388-389.

17 - GELLE P., DUTHOIT P., SCHAEFFER P., LESCUT J.C.

Action du métoclopramide dans les vomissements graves de la grossesse.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. 1967, 19, n° 1, 35.

18 - GELLE P., GRAUX P., DUTHOIT F., MENSAH R.

Syndrome de Gayet-Wernicke compliquant des vomissements graves de la grossesse.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. 1960, 12, n° 1, 60-61.

19 - GORDON D.F.P.

Recurrent vomiting in pregnancy.

J. Obs. Gyn. Brit. 1955, 62.

20 - GUHR G.

Traitement de l'hyperemese gravidique au moyen
de la vitamine B 6

Med. Klin. 1952, 47, 914-915.

21 - HARTEMAN A.

Phénoménologie et médecine psycho-somatique

Le cas des vomissements incoercibles.

Thèse Nancy 1955 n° 36 - bibliogr.

22 - KLABAL F.

Traitement de l'émèse et de l'hyperémèse.
gravidique.

Zbl. Gyn. 1966, 88, n° 37, 1244-1247.

23 - KLIMES K. et TARJAN G.

Problèmes de l'hyperémèse.

Zbl. Gyn. 1966, 88, n° 32, 1077-1084

24 - LABORIT et MORAND

Obstétrique et cholinergie

Gyn. Obs. 1947, 46, n° 3.

25 - LANS H.S., HARVEY A. GOLLIN, A.F. DARO

Hypokaliema due to persistent vomiting during pregnancy.

J.A.M.A. Nov. 1953, 14

26 - LANVIN M.

Traitement des vomissements gravidiques en
pratique courante

Gyn. Prat. 1967, n° 3, 297-302.

27 - LEFEVRE H. AUBERTIN E. BERGOUIGNAN

Vomissements incoercibles de la grossesse
symptomatiques d'un cardiospasme méconnu.

Arch. Med. App. Dig. 1950, 39, n° 12, 1347-1350.

28 - LEVENS H. E.

Electrophorèse des protéines sériques dans les
vomissements incoercibles.

Med. Klin. 1951, 46, n° 14, 443-445.

29 - LEVY-SOLAL, LEVY J.

Note préliminaire à l'étude électrophorétique du sérum
dans les toxémies gravidiques.

Soc. Gyn. Obs. 1949, 1, n° 2.

30 - MAJERUS P. W., GUZE S. B., BREDFORD DELONG ROBINS
ELLI.

Psychologic factors and psychiatric disease in hyperemesis
gravidarum.

Ame. J. Psy. 1960, 117, n° 5, 421-428.

31 - MALEVIALE G.

Contribution à l'étude de la biologie des vomissements
graves de la grossesse.

Thèse Bordeaux 1960, bibliogr.

32 - MEGAY K.

Traitement d'un cas de vomissements de la grossesse
par le complexe vitaminique B.

Wie, Med. W. 1951, n° 5, 6, 114.

33 - MENSAH R. L.

A propos de deux cas de vomissements graves de
l a grossesse avec syndrome de Gayet-Wernicke
Thèse LILLE n° 91, bibliogr.

34 - MERGER R. , LEVY J. LOFFREDO V. , COHEN J.

La hernie hiatale cause possible de vomissements
graves de la grossesse.
Gyn. Obs. 1964, n° 2, 63.

35 - MERGER R. , LEVY J.

Pathogénie et traitement de la maladie gravidique
précoce.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. 1955, 7, n°2bis, 234-270.

36 - MERGER R. , LEVY J. , MELCHIOR J.

Précis d'obstétrique 1967, 544-550.

37 - PALLIEZ R. , DELECOUR M. , VITSE M. , SAVARY J. ,
GRANIER A.

Désordres électrolytiques au cours des vomissements
graves de la grossesse.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. 1960, 12, n° 5, 590-593.

38 - RIVIERE M. , CHASTRUSSE L. , DUBECK J. P. , MALEVIALE G.

Considérations sur la biologie des vomissements graves du
début de la grossesse.
Gyn. Obs. 1960, 59, n° 1.

39 - RIVIERE M. , PANTRIZED, CHASTRUSSE L. , JAUBERT J. L.
MAUPIN

Un cas de vomissements graves récidivant tout au long de la

grossesse chez une spécifique congénitale.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. 1955, 7, n° 4, 415.

40 - RIVIERE M., CHASTRUSSE L., JAUBERT J. L.

Dosage du pouvoir gonadotrope du sérum dans 30 cas de vomissements graves.

Soc. Obs. Gyn. de Bordeaux 1957, 9, n° 5, 570-571.

41 - RIVIERE M., MORIN J.

Vomissements graves de la grossesse.

J. de Med. de Bordeaux 1954, 131, n°10, 1034-1095.

42 - THOYER-ROZAT J., HERVIEUX A., FONCIN J. F.

Vomissements de la grossesse et syndrome de Gayet-Wernicke.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. 1969, 68, n° 2, 211-216.

43 - TOULOUSE R., MAFFEIS J. L., DELAVault H.

Vomissements graves récidivants de la fin de la grossesse
facteur de choc gravissime du post-partum.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obs. 1966, n° 18, 427-430.

